

Auch für junge Menschen potenziell tödlich

Unterschätzen Sie Pneumonien nicht!

Die Gefährlichkeit von ambulant erworbenen Pneumonien wird oft unterschätzt. Das gilt für junge wie für alte Patienten, warnt der Präsident der European Respiratory Society.

Ach, der hat ja nur 'ne Pneumonie!“ – diese Einstellung gibt es. Aber: „Man kann daran sterben, auch als junger Mensch“, warnte Prof. Tobias Welte aus Hannover beim Pneumologie-Kongress in München.

Die ambulant erworbene Pneumonie (CAP – Community-Acquired Pneumonia) ist die häufigste Infektionskrankheit weltweit. Knapp 70% der Patienten müssen stationär behandelt werden. Die Sterblichkeit bei Hospitalisierung liege bei 10–20%, erinnerte Welte, derzeitiger Präsident der European Respiratory Society (ERS).

Zwar tritt die CAP überwiegend bei älteren Menschen auf, prinzipiell sei das aber in jedem Alter möglich. Die Therapie muss sich am zu erwartenden Erreger sowie am individuellen Risikoprofil orientieren. Der Pneumologe verdeutlichte diese Prinzipien sowie weitere Aspekte der Erkrankung anhand von Kasuistiken.

Welte schilderte den Fall einer 38-jährigen Frau mit Asthma bronchiale, das mit einer Kombination aus inhalierba-

rem Steroid (ICS) und Betamimetikum gut kontrolliert war. Die sechsjährige Tochter hatte eine Woche vor Vorstellung der Frau in der Klinik-Ambulanz eine Otitis media. Zunächst ging die Frau, die sich erkältet fühlte, zum Hausarzt. Dieser diagnostizierte eine Pneumonie und behandelte mit Ciprofloxacin.

Penicillin-Derivat gegen Pneumokokken

„Es gibt bei Pneumokokken praktisch keine Antibiotika-Resistenzen“, so Welte. Ciprofloxacin wird bei CAP allerdings nicht empfohlen, weil etwa ein Drittel der Pneumokokken als wichtigste Pneumonie-Erreger dafür schlecht oder nicht sensibel sind. Empfohlen wird ein Penicillin-Derivat wie Amoxicillin, alternativ Doxycyclin. Bei richtig dosierter Antibiose bei Pneumokokken-Pneumonie kann innerhalb von 48 Stunden davon ausgegangen werden, dass alle Keime vernichtet sind.

Im geschilderten Fall verschlechterte sich der Allgemeinzustand der Patientin unter dem falschen, und zudem zu niedrig dosierten Antibiotikum rasch.

Mit Hypotension, erhöhten Nierenwerten, einem CRP-Wert von 320 mg/l, Hypoxie und Hypokapnie kam sie in die Notaufnahme der Klinik. Die Blutkultur bei linksseitiger Lobärpneumonie bestätigte den Verdacht auf eine Pneumokokkeninfektion. „Pneumokokken sind die wichtigsten Erreger der Otitis media“, erinnerte Welte.

Die Erkrankung der Tochter leite damit schon zur Diagnose. Zudem seien ICS ein Risikofaktor für Pneumonien. Unter Betalaktamantibiotika-Therapie wurde die Patientin innerhalb weniger Tage gesund.

Multiresistenter Keim bei mehreren Vorthapien

Als weiteres Fallbeispiel schilderte Welte den Verlauf bei einem 82-jährigen multimorbiden Mann mit zunehmender Verwirrtheit und unproduktivem Husten. Er war wegen Harnwegsinfekten bereits mehrfach antibiotisch vorbehandelt. Fieber hatte er nicht. „Alte Patienten sind in 50% der Fälle nicht mehr in der Lage, Fieber zu entwickeln“, warnte Welte.

Der CRP-Wert und die Nierenwerte waren deutlich erhöht, die Glukosewerte bei bekanntem Diabetes mellitus entgleist. Bei Aufnahme in der Klinik war der Patient völlig desorientiert. Wolkige Infiltrate im Röntgenbild bestätigten die Diagnose einer schweren Pneumonie.

Trotz intensivmedizinischer Behandlung verschlechterte sich der Allgemeinzustand drastisch. Am dritten Tag ergab die Blutkultur multiresistente Klebsiella pneumoniae in Blut und Atemwegen, ESBL-bildende Klebsiella als Ausdruck der Selektion durch die antibiotischen Vorthapien.

Die eingeleitete Primärtherapie war bei dem Mann daher wirkungslos, erst unter Behandlung mit einem Carbapenem erholte sich der Patient langsam. *Thomas Meißner*

Bericht vom DGP-Kongress



© iLexx / Getty Images / iStock